

Cuestionario de Diabetes

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Año Escolar: _____

Por favor complete este cuestionario y regreselo a la enfermera de la escuela.

La información nos ayudara a determinar si el estudiante tiene necesidades especiales.

Persona a quien contactar:	Relacion :	Teléfono del Trabajo:	Teléfono de Casa:
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
Método Preferido de Comunicacion:	Teléfono	por escrito	en persona
correo electronico: _____			
Nombre del Doctor/a	Clinica:	Teléfono:	
_____	_____	_____	
Hospital:	Teléfono:		
_____	_____		

A que edad fue el estudiante diagnosticado con diabetes: _____

Usa el estudiante una pulsera o collar de alerta médico? Si No

Necesita el estudiante refrigerio/snack durante el dia en la escuela? am. p.m. cuando sea necesario
(La familia del estudiante necesita proveer los refrigerios/snacks)

Que desea que hagamos cuando el estudiante recibe un refrigerio durante la celebracion de fiestas o cumpleaños en la escuela?

Debe el estudiante chequear el nivel de glucosa en la sangre? Si No

A que hora debe el estudiante chequear el nivel de glucosa en la sangre? a.m. p.m. cuando sea necesario
(Se requiere una autorizacion de parte del doctor.)

Sabe el estudiante como chequear por si solo el nivel de glucosa en la sangre? Si No

Necesita el estudiante chequear su orina en la escuela para saber si contiene acetonas? Si No

Cual nivel de glucosa es considerado bajo para el estudiante? (Bajo que numero) _____

Tiene su estudiante episodios de glucosa baja/hipoglicemia:

A media mañana. Antes del almuerzo/lunch en la tarde despues del ejercicio
en otras ocasiones _____

Por favor verifique los síntomas que el estudiante tiene cuando el nivel de glucosa en la sangre esta bajo.

Siente que tiene hambre	irritable	dificultad al hablar
Se siente tembloroso	débil/ soñoliento	difficulty en coordinar los movimientos
mareado	confundido/desorientado	llora o se rie inadecuadamente
sudor	dolor de cabeza	pérdida del conocimiento
palpita el corazón rapidamente	vision borrosa	ataques de epilepsia
se pone palido	ansiedad	

otros síntomas _____

Puede el estudiante reconocer estos síntomas? Si No

Durante el año pasado, con cuanta frecuencia ha sido el estudiante tratado por un episodio severo del nivel bajo de glucosa en la sangre? _____

En la oficina del doctor En el departamento de Emergencias Ha sido internado en el hospital

Durante el año pasado, con cuanta frecuencia ha sido el estudiante tratado por un episodio muy alto de glucosa en la sangre o keotacidosis diabetica?

En la oficina del doctor En el departamento deEmergencias Ha sido internado en el hospital

¿Qué hace usted generalmente en casa para tratar el nivel bajo de glucosa en la sangre? Por favor sea específico e indique la cantidad exacta de alimentos, la bebida, glucagon que usa. (todo lo que el estudiante necesite debe ser proporcionado por la familia si van a ser necesarios en la escuela). –

Por favor indique la habilidad de su estudiante para hacer lo siguiente:

Habilidad	Puede hacerlo solo	Necesita ayuda	Un adulto debe hacerlo	Comentarios
Obtiene una muestra para medir el nivel de glucosa en la sangre				
Lee la maquina de la glucosa y puede anotar los resultados				
Cuenta carbohidratos en las comidas y refrigerios/snacks				
Interpreta la escala de insulina				
Selecciona donde va a inyectar la insulina				
Mide la insulina				
Administra la insulina				
Mide las acetonas en la orina				
Puede manejar la maquina de la insulina (insulin pump)				

Que insulina usa normalmente:

Nombre Tipo Unidades Hora del dia Tipo de inyeccion (pluma, jeringa, etc.)

Utiliza su hijo/a proporciones de carbohidratos para ajustar la dosis de insulina? Si No
 Proporción (cuantos carbohydratos por unidad de insulina): _____

Sabe su hijo/a como ajustar la dosis de insulina si la glucosa en la sangre esta alta o baja? Si No
 Dosis: _____

Que otras medicinas toma su hijo/a diariamente:

Nombre Administracion (oral, inyeccion, etc.) Dosis A que hora del dia

Medicina que toma solo cuando es necesario o de vez en cuando:

Nombre Administracion (oral, inyeccion, etc.) Dosis A que hora del dia

Por favor enliste cualquier reaccion que la medicina causa que pueda afectar la habilidad del estudiante de aprender o su comprotamiento en la escuela:

Si alguna medicina debe ser administrada en la escuela, una forma de autorización medica debe ser completada anualmente. El doctor puede autorizar la auto-administración de medicina si el estudiante tiene la habilidad de hacerlo. La medicina debe estar en el contenedor original que le da la farmacia. Cuando recoja la medicina de la farmacia, pidale por favor al farmacéutico que le ponga la medicina en 2 contenedores, asi el estudiante tendrá uno para usar en la escuela y para uno para usar en la casa.

Que medidas o acciones desea usted que los empleados de la escuela tomen si el estudiante no responde al tratamiento o a la medicina?

En caso de emergencia, el estudiante sera transportado por ambulancia al hospital. La transportacion por ambulancia del estudiante en situaciones que no son de emergencia son la respozabilidad de los padres o guardianes. El pago de todos los servicios de emergencia son la respozabilidad de los padres/guardianes.

La informacion fue dada por: _____
Nombre Relacion al estudiante Fecha

Yo autorizo al doctor y a la enfermera de la escuela compartir informacion pertinente relacionada a la diabetes que afecta a mi hijo/hija

Padres/Guardianes

Fecha

DIABETES MEDICAL MANAGEMENT PLAN FOR SCHOOL

Effective Date: _____ School: _____

Student: _____ DOB: _____

Type of Diabetes: Type 1 Type 2 Date of Diagnosis: _____
 Other: _____

Blood glucose Monitoring

Meter Type: _____ Blood glucose target range: _____ - _____ mg/dl
 Blood glucose monitoring times: _____
 For suspected hypoglycemia At student's discretion excluding suspected hypoglycemia
 No blood glucose monitoring at school Supervision of monitoring and results
 Permission to monitor independently
 Assistance with monitoring and results
 Check blood glucose 10 to 20 minutes before boarding bus.

Diabetes Medication

No insulin at school: Current insulin at home: _____
 Oral diabetes medication at school: _____
 Insulin at school: Humalog Novolog Apidra Other: _____
 Insulin delivery device: syringe and vial Insulin pen Insulin pump
 Standard lunchtime dose: _____
 meal bolus: _____ units of insulin per _____ grams of carbohydrate.
 Correction for blood glucose: _____ units of insulin for every _____ mg/dl above _____ mg/dl.
 (Correction bolus can be given with meals or every 3 hours if blood glucose levels are high)

Correction Scale

Blood Glucose Value (mg/dl)	Units of Insulin
Less than 100	
100-150	
151-200	
201-250	
251-300	
301-350	
351-400	
More than 400	

Note: Insulin dose is a total of meal bolus and correction bolus.

Parent/Guardian may adjust insulin doses within the following range: _____

Meal Plan

1 carbohydrate choice = _____	Grams of carbohydrate
Meal plan prescribed (see below)	Meal plan variable
Breakfast Time: _____	# of carb choices= _____
Morning Snack Time: _____	# of carb choices= _____
Lunch Time: _____	# of carb choices= _____
Afternoon Snack Time: _____	# of carb choices= _____
Plan for pre-activity: _____	
Plan for after school activities: _____	
Plan for class parties: _____	
Extra food allowed:	Parent/guardian's discretion student's discretion

Hypoglycemia

Blood Glucose < _____ mg/dl
Self treatment of mild lows Assistance for all lows
Immediately treat with 15 gm of fast-acting carbohydrate (e.g.;;4 oz juice, 3-4 glucose tabs, 6 oz regular soda, 3 tsp glucose gel)
Recheck blood glucose in 15 minutes and repeat 15 gm of carbohydrate if blood glucose remains low.
If more than 1 hour until next meal or snack student should have another 15 gm of carbohydrate.
If child will be participating in additional exercise or activity before the next meal, provide an additional carbohydrate choice.
If student is using an insulin pump, suspend pump until blood glucose is back in goal range.

Severe Hypoglycemia

If the child is unconscious or having seizures due to low blood glucose immediately administer injection of Glucagon _____ mg (glucagon emergency kit)
<ul style="list-style-type: none">• Immediately after administering the Glucagon, turn the student onto their side. Vomiting is a common side effect of Glucagon.• Notify parent/guardian and EMS per protocol

Hyperglycemia

Blood Glucose > _____ mg/dl
Check ketones when blood glucose > _____ mg/dl or student is sick
Use Correction Scale insulin orders when blood glucose is _____ mg/dl.
Unlimited bathroom pass.
Notify parent immediately of blood glucose > _____ mg/dl or if student is vomiting.
If student is using an insulin pump, follow DKA prevention protocol

Special Occasions

Arrange for appropriate monitoring and access to supplies on all field trips.
